

AUFNAHMEANTRAG

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme in den Golfclub Werl e. V.

ab



Name:

Vorname:

Straße, PLZ/Wohnort:

Geburtsdatum: Beruf:

Festnetz-Nr.:

Handy-Nr.:

E-Mail:

	Mitgliederbeiträge (jährlich/monatlich)	Aufnahmegebühren (einmalig)	
Jugendliche 0 bis 9 Jahre	50,- Euro	-	<input type="checkbox"/>
Jugendliche 10 bis 15 Jahre	100,- Euro	-	<input type="checkbox"/>
Jugendliche 16 bis 21 Jahre	150,- Euro	-	<input type="checkbox"/>
Studenten/Auszubildende	300,- Euro / 25,- Euro	-	<input type="checkbox"/>
Junge Erwachsene 22 bis 25 Jahre	400,- Euro / 35,- Euro	-	<input type="checkbox"/>
Junge Erwachsene 26 bis 30 Jahre	650,- Euro / 55,- Euro	-	<input type="checkbox"/>
Einzelmitglied	900,- Euro / 75,- Euro	-	<input type="checkbox"/>
Ehepaar / Lebensgefährte/-in	1.600,- Euro / 135,- Euro	-	<input type="checkbox"/>
Fernmitgliedschaft (min. 150 km Entfernung)	400,- Euro / 35,- Euro	-	<input type="checkbox"/>
Zweitmitgliedschaft	300,- Euro / 25,- Euro	-	<input type="checkbox"/>
Passives Mitglied (ohne Spielrecht)	160,- Euro	-	<input type="checkbox"/>
Familienrabatt (ein Vollzahler, 25% Rabatt auf Jugendbeitrag)		-	<input type="checkbox"/>
Monatliche Zahlung	anteilig (aufgerundet)	-	<input type="checkbox"/>

Mit der Aufnahme in den Verein erhalte ich Kenntnis und erkenne ausdrücklich an:
- die Satzung und Vereinsordnungen des Vereins;
- die Beitragsordnung des Vereins und die jeweils gültigen Beitragssätze.

bitte wenden

Ort, den

.....

(Unterschrift)

Wir weisen darauf hin, dass Ihre persönlichen Daten für vereinsinterne Zwecke gespeichert und verwendet werden.

SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers:	Golfclub Werl e. V.
Anschrift des Zahlungsempfängers:	Am Golfplatz 1, 59457 Werl
Gläubiger-Identifikationsnummer:	DE79GCW00000502462

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger **Golfclub Werl e. V.**, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Golfclub Werl e. V.** auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart

Wiederkehrende Zahlung <input type="checkbox"/>	Einmalige Zahlung <input type="checkbox"/>
---	--

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

(Wenn abweichend vom Antragsteller)

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen):

BIC (8 oder 11 Stellen):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit „DE“ beginnt.

Ort: Datum:

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

.....